UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1949 — N° 18

LES VARICES DES MEMBRES INFÉRIEURS :

Défense du Traitement Chimico-Chirurgical

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

Présentée et soutenue publiquement en Mai 1949

PAR

PIERRE VACHERON

MEMBRES DU JURY

MM. DUCUING (J.).	*Président*	
MERIEL (P.).		*Assesseurs.*
MOREL.		
VIRENQUE.		
GRIMOUD.	*Suppléant*	

TOULOUSE

IMPRIMERIE CLEDER

28, rue de la Pomme

1949

VACHERON (Pierre). —

Les varices des membres inférieurs : Défense du traitement chimico-chirurgical. —

Toulouse, Imp. Cléder, 1949, in-8° (68 pages). —

(Thèse Médecine Toulouse, 1949, n° 18).

VACHERON (Pierre). —

Les varices des membres inférieurs : Défense du traitement chimico-chirurgical. —

Toulouse, Imp. Cléder, 1949, in-8° (68 pages). —

(Thèse Médecine Toulouse, 1949, n° 18).

VACHERON (Pierre). —

Les varices des membres inférieurs : Défense du traitement chimico-chirurgical. —

Toulouse, Imp. Cléder, 1949, in-8° (68 pages). —

(Thèse Médecine Toulouse, 1949, n° 18).

VACHERON (Pierre). —

Les varices des membres inférieurs : Défense du traitement chimico-chirurgical. —

Toulouse, Imp. Cléder, 1949, in-8° (68 pages). —

(Thèse Médecine Toulouse, 1949, n° 18).

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548915_0058

Les Varices des membres inférieurs :

DÉFENSE DU TRAITEMENT CHIMICO-CHIRURGICAL

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1949 N° 18

LES VARICES DES MEMBRES INFÉRIEURS :

Défense du Traitement Chimico-Chirurgical

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

Présentée et soutenue publiquement en Mai 1949

PAR

PIERRE VACHERON

MEMBRES DU JURY

MM. DUCUING (J.).	*Président.*
MERIEL (P.).	*Assesseurs.*
VIRENQUE.	
MOREL.	
GRIMOUD.	*Suppléant*

TOULOUSE

IMPRIMERIE CLEDER

28, rue de la Pomme

1949

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN ..... MM. LEFEBVRE
ASSESSEUR ..... BRUSTIER
Doyens honoraires ..... GORSE. CALVET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. RISPAL — MM. MERIEL — MM. GARIPUY
LAFFORGUE — CLERMONT — RIBAUT
ARGAUD — SERR

PROFESSEURS

Clinique de neurologie et de psychiatrie	MM. RISER.
Clinique médicale	TAPIE (J.) ROQUES.
Clinique obstétricale	GUILHEM
Physiologie	SOULA.
Clinique chirurgicale et du Cancer	DUCUING.
Physique biologique et médicale	BUGNARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA.
Chimie et Toxicologie	BRUSTIER.
Pathologie générale et médecine expérimentale.....	SENDRAIL.
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE
Anatomie	LAZORTHES VALLOIS
Histoire naturelle	DELAS.
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL R.
Pharmacie	CAUJOLLE.
Pathologie interne et clinique des maladies de la tuberculose	MOREL
Bactériologie, hygiène, médecine sociale	ANDRIEU.
Clinique chirurgicale infantile et orthopedie	VIRENQUE
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.).
Matière médicale	VINCENT
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL (P.)
Anatomie pathologique	FABRE (J.)
Clinique O.R.L. et de chirurgie maxillo-faciale	CALVET
Clinique ophtalmologique	CALMETTES.
Chimie biologique	VALDIGUIE (P.)
Médecine légale et Médecine du Travail	PLANQUES
Histologie et Embryologie	BROUSSY.
Médecine sociale	BOUNHOURE

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie	MM. BAISSET
Anatomie	COULOUMA

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Histologie	MM BIMES, *ch. de f.*
Anatomie	POULHES, *ch. de f.* GADRAT
Médecine	DARNAUD GERAUD DARDENNE LAPORTE
Chirurgie	GRIMOUD RIEUNAU DIEULAFÉ
Ophtalmologie	DAMBRIN (P.) DEODATI
Physique médicale	MARQUES
Pharmacie	COUTURIER
Chimie générale phamaceutique	BLANC
Histoire naturelle et pharmaceutique	Mme DULUCQ-MATHOU
Odonto-Stomatologie	CADENAT.

R. UNIV. BIBLIOTHEK LEIPZIG

COURS COMPLÉMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sage-femmes	MM. GUILHEM
Cours d'anatomie physiologique et pathologie élémentaire aux élèves sages-femmes	GUILHEM.
Chimie biologique	VALDIGUIE (P.).
Chimie pathologique	VALDIGUIE (P.)
Chimie minérale	BLANC.
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT
Dermatologie et Syphiligraphie	BAZEX
Législation pharmaceutique	BOUISSET.
Microbiologie	BOUISSET.
Clinique de la Tuberculose	MOREL-DAMBRIN (P.)
Parasitologie	LASSERRE
Botanique et Cryptogamie	Mme DULUCQ-MATHOU.
Chimie analytique	MM. BLANC.
Médecine Sociale et du Travail et Assurances Sociales..	BOUNHOURE
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS.
Pharmacodynamie	BAISSET
Bactériologie et Hygiène	LAPORTE
Urologie	LHEZ
Ophtalmologie	DEODATI
Neuro-chirurgie	LAZORTHES.
Clinique O.R.L.	CLAUX
Secrétaire de la Faculté	ARGILAS

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats
(Délibération en date du 12 mai 1891)

A MES PARENTS

En témoignage de ma gratitude et de ma profonde affection.

A MON GRAND-PERE

Dont l'indulgence et les conseils expérimentés m'ont si souvent secouru.

A MON PERE

Le Docteur Jean VACHERON

Qui m'a procuré une partie des éléments de ce travail et que je remercie affectueusement de sa constante sollicitude à mon égard.

A MES MAITRES DE LA FACULTE

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCUING

Professeur de Clinique Chirurgicale et du Cancer

Qui, déjà jeune professeur agrégé, a été membre du jury de thèse de notre père et a bien voulu nous renouveler cet honneur aujourd'hui.

En faible témoignage de notre reconnaissance et de notre respectueuse admiration.

A MON JURY DE THESE

A Monsieur le Professeur MERIEL

Professeur d'Hydrologie thérapeutique et de Climatologie

Avec nos respectueux remerciements pour la clarté de ses leçons dont nous conserverons le profitable souvenir.

A Monsieur le Professeur VIRENQUE

Professeur de Clinique Chirurgicale infantile et d'orthopédie

Qui, dans le cours de nos études, nous prodigua si souvent ses encouragements et ses conseils et que nous assurons de notre profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur MOREL

Professeur de Pathologie Interne
Professeur de Clinique de la Tuberculose

Dont l'enseignement clinique nous guidera dans les difficultés à venir.

A Monsieur le Professeur GRIMOUD

Professeur agrégé de Chirurgie

Que nous remercions d'avoir bien voulu faire partie de notre jury de thèse.

A Monsieur le Docteur ENJALBERT

Chirurgien assistant des Hôpitaux

Qui nous a accueilli avec la plus grande bienveillance et nous a dispensé ses conseils éclairés à l'occasion de ce travail, nous exprimons notre bien vive reconnaissance.

A Monsieur le Docteur DORE

Qui guida nos premiers pas dans la vie médicale et fut pour nous d'un si grand réconfort dans les moments difficiles, qu'il reçoive ici l'assurance de notre affectueuse gratitude.

A TOUS MES AMIS

ET CAMARADES DE FACULTE

INTRODUCTION

S'il est pertinent que durant ces dernières années la pathologie veineuse et, en particulier, celle concernant les varices des membres inférieurs, a suscité la perspicacité des chercheurs et a provoqué l'éclosion de traitements successifs, il est non moins évident que le néophyte reste confondu devant la divergence des résultats obtenus dans une même discipline et devant les polémiques acerbes que, parfois, elle soulève. Tel porte aux nues une méthode que condamne sans appel le voisin !

Après les stages d'instruction que nous avons effectués dans les services parisiens de phlébologie, après nous être partiellement imprégné de la littérature publiée sur les affections veineuses, c'est justement la lecture d'un article de SERVELLE paru en juin 1948 sur les « Dangers du traitement chirurgical des varices » qui a ébranlé, au départ, notre bel enthousiasme. Les conclusions de ce travail font planer un tel doute sur l'efficacité d'une thérapeutique qui semblait jusqu'ici tellement prometteuse, qu'elles nous ont incité à étendre notre documentation.

Il était éminemment instructif et déférent que nos recherches s'orientent sur les travaux effectués

par l'Ecole de Toulouse, sous les auspices de nos maîtres : le Professeur Ducuing et son élève le Docteur Enjalbert, le Professeur Virenque.

Il était également naturel que nos investigations portent sur les résultats obtenus par nôtre ami le Docteur Dore et par le Docteur Jean Vacheron, phlébologue de vieille date.

C'est l'enseignement tiré de cette enquête qui fait l'objet modeste de cette thèse.

SCHEMA RETROSPECTIF SUR LA PATHOGENIE

Depuis une cinquantaine d'années, l'évolution de la pathogénie des varices s'est manifestée :

D'abord par une conception purement mécanique de la genèse du mal. C'est l'époque de Jeannel, de Terrier et d'Alglave qui invoquent le reflux profond qui, par les perforantes jambières, sape le bas du système veineux superficiel. C'est celle aussi de Delbet et Mocquot qui font, au contraire, jouer le reflux fémoro-saphénien dont la pesée s'exerce de haut en bas.

Après la guerre de 14-18, à la suite des premiers travaux de Sicard, suit une théorie humorale. Une dysendocrinie de nos jours encore mal définie (post-hypophyse, thyroïde,...) est à la base de l'ec-

tasie veineuse. Les troubles neuro-dystrophiques qu'elle entraîne peuvent atteindre une partie quelconque de l'arbre veineux dans son étendue. Ils s'exercent électivement sur les muscles des parois vasculaires qui se relâchent, se distendent, entraînant l'écartement et l'insuffisance des valvules.

SCHEMA RETROSPECTIF SUR LA THERAPEUTIQUE

Ces conceptions différentes de la pathogénie devaient fatalement engendrer la mise en pratique de moyens thérapeutiques conformes à chacune d'elles et souvent opposés.

Avec la théorie mécanique s'ouvre une ère exclusivement et éminemment chirurgicale. C'est le règne de « la chirurgie d'estoc et de taille ». Celui de l'anastomose saphéno-fémorale et de la saphénectomie totale.

Avec la théorie humorale suit, au contraire, une ère purement médicale. C'est l'essai de traitements opothérapiques et de médicaments vasculaires dont l'efficacité ne s'avère pas manifestement. C'est surtout la diffusion prodigieuse de la phlébosclérose, mise au point par Sicard et ses élèves. Considérant alors qu'il suffit de traiter le mal où il se trouve,

une armée de thérapeutes s'attaque aux seuls éléments veineux ectasiés, condamnant formellement toute attitude chirurgicale.

APERÇU CRITIQUE

Mais le recul du temps, qui use et ramène tout à de plus justes proportions, rappelle cependant les antagonistes à plus de modestie.

Si l'anastomose saphéno-fémorale, intervention minutieuse et risquée de grande chirurgie, modifie favorablement l'état hydraulique du membre, elle n'améliore pas cependant sensiblement les varices sous-jacentes.

Si l'opération d'Alglave, dans sa dissection délicate étendue à toute la longueur du membre, détruit tous les éléments variqueux, elle nécessite une immobilisation prolongée des opérés en raison de la cicatrisation relativement lente dans la partie déclive du membre. Elle pêche auprès de la clientèle féminine par ses résultats plus ou moins esthétiques.

La phlébosclérose qui, en raison de sa quasi-innocuité et de ses résultats immédiats brillants, déchaîne l'enthousiasme général, voit, elle aussi, bientôt pâlir son étoile. Impuissante à fermer solidement au ras du système veineux profond les

valvules insuffisantes saphéno-fémorales et celles des perforantes crurales, elle fait considérer avec perplexité l'effondrement rapide de tout son long travail. Il est juste de reconnaître cependant qu'entre des mains exceptionnellement expertes, comme celles de Tournay, par exemple, qui est, en France, le grand animateur de la phlébosclérose, ou de Hugel, celle-ci a pu donner des résultats certains. Mais c'est là, répétons-nous, l'exception.

DEDUCTIONS PRATIQUES

Est-ce à dire qu'il ne reste rien de ces espoirs successifs? Lorsqu'une conception scientifique nouvelle traverse et éblouit le ciel médical pour s'éteindre ensuite tel un météore, comme lui, souvent elle laisse cependant sa pierre sur la terre.

Les travaux remarquables des chirurgiens du début de ce siècle nous ont révélé l'importance de l'insuffisance valvulaire. Ils nous ont légué, avec la notion de pesée sanguine d'en haut (Delbet et Mocquot) et de poussée d'en bas (Alglave et Jeannel), l'importance des perturbations hydrauliques qui s'ensuivent et leur retentissement majeur sur l'état variqueux.

L'école de Sicard et sa pléïade d'élèves ont mis en relief les troubles incontestables, bien qu'encore mal définis, qui conditionnent la dystonie pariétale

et, avec elle, le dysfonctionnement valvulaire. Ils ont mis au point avec la phlébosclérose un traitement élégant qui détruit, sans léser les téguments, des paquets variqueux même énormes.

Cette dystomie pariétale, mise en relief par Séjournet et Delater, est conditionnée par des lésions des vasa-vasorum, des artères et surtout des nerfs sympathiques, dont la genèse est liée à une perturbation du système endocrinien (fréquence des varices chez la femme: menstruation, grossesse, ménopause) et peut être favorisée par une infection (typhoïde) ou par une intoxication (éthylisme, saturnisme).

Cet ensemble de troubles endocriniens (glandes génitales et surtout hypophyse) et de désordre circulatoire au niveau des veines superficielles du membre inférieur détermine une véritable maladie autonome, héréditaire et familiale, éminemment complexe : la maladie variqueuse.

ACQUISITIONS NOUVELLES

Recueillant le bon grain de chacune de ces récoltes et pour pallier à leur insuffisance, des esprits positifs proposent une discipline mixte chimico-chirurgicale.

L'emploi de liquides sclérosants, inoffensifs sur l'état général (sérum salé hypertonique, solution

de phénol-glycérine, mélange de glucose-gélatine-phénol et glycérine...), et permettant de les utiliser à dose massive, va autoriser les chirurgiens, surtout les anglo-saxons avec Oldham, Dickson Wright, Dodd, Russel... à traiter un membre variqueux en un temps. Le bistouri regagne du terrain avec la résection de la crosse saphénienne et de ses affluents, et l'injection rétrograde, concomittante, massive, en avalanche, de tout l'arbre saphénien interne. Les traitements purement chirurgicaux par avulsion de la veine suivant la technique de Mayo, Hodge et Grimson, procèdent de conceptions voisines.

En dépit des progrès ainsi accomplis, ceux-ci restent encore cependant entachés d'imperfections. Des récidives se produisent aux dépens des perforantes crurales et jambières et c'est alors que les auteurs américains, avec Shermann surtout, se consacrent à l'étude anatomique des perforantes. Ils établissent cinq schémas des types topographiques rencontrés et proposent alors une technique chirurgicale délicate qui permet de les lier près du système profond.

Il faut d'ailleurs signaler que Jeannel avait compris, dès 1910, que la présence de ces perforantes était la cause de nombreux échecs dans le traitement des varices. Et, déjà à cette époque, il procédait à la ligature de ces veines qui, par leur insuffisance, sont la source de récidives.

BILAN ACTUEL

En dépit de l'ignorance où nous sommes encore de la condition humorale précise qui préside à la genèse des varices, il semble, alors, cependant, que l'on soit près d'endiguer un mal aussi fuyant. Les moyens de lutte semblent tendre de plus en plus vers la perfection.

1°) L'insuffisance valvulaire où qu'elle soit, crosse saphénienne ou perforantes, est livrée à la chirurgie, seule capable d'effectuer un barrage solide devant le flot rétrograde ;

2°) La dilatation variqueuse proprement dite est confiée à la seule sclérose dont l'efficacité et l'esthétique dans de pareilles conditions n'offre pas de discussion ;

3°) La cause initiale de la maladie variqueuse, celle des troubles neuro-dystrophiques, est laissée à la perspicacité de l'endocrinologiste.

Le terrain ainsi déblayé et le problème paraissant résolu dans ses grandes lignes, il semble que l'on va enfin s'engager sur une voie sûre et que le nombre considérable des variqueux va pouvoir enfin bénéficier d'une thérapeutique précise et efficace parce que durable.

PHLEBOGRAPHIE

Mais un moyen d'investigation clinique, qui n'est pas né d'hier, mais s'est perfectionné durant ces dernières années, vient à nouveau tempérer cet état d'euphorie et jeter le doute dans les esprits. Il s'agit de la Phlébographie.

C'est au professeur Ducuing que revient la primauté, dès 1928, dans son livre sur les « Phlébites, Embolies, Thromboses post-opératoires », d'avoir étudié la phlébographie expérimentale et posé ainsi les bases de la phlébographie moderne.

Il faut attendre dix ans pour qu'une impulsion nouvelle soit donnée par Joao Cid Dos Santos, de Lisbonne, et pour que fleurissent de nombreux travaux effectués tant à l'étranger qu'en France où dominent les noms de Leriche et Servelle, de Fontaine, Ollivier et Van de Gasteele et à nouveau celui de Ducuing avec Enjalbert.

L'amélioration des techniques ainsi que celle de l'interprétation souvent difficile des clichés, apportent des précisions inconnues jusqu'ici sur l'état de l'hydraulique veineuse profonde. L'espoir de pouvoir localiser avec précision les perforantes insuffisantes se lève.

Mais, à l'instant même où le traitement chimico-chirurgical des varices va faire un nouveau bond en avant, Servelle jette un cri d'alarme :

« Dans 80 à 85 % des cas, dit-il, les varices sont secondaires à une thrombose profonde, ce sont des voies de suppléance qu'il faut respecter. »

Et l'auteur illustre ses conclusions par l'énumération des désastres signalés en l'occurence dans la littérature étrangère. C'est Boyd et Robertson qui, en 1947, publient l'apparition de phlébite profonde, bientôt suivis par Riddock, Harold Dodd, Denis Hindmarsh, Hanschell et Dickson Wright, Reginald Payne, Rowden Foote, Oldham et Park. Plus récemment, deux Canadiens, Joseph Luke et Gavin Miller, rapportent quatre décès et dix thromboses, dont deux suivies d'une amputation de cuisse.

EXPECTATIVE

En brossant ce sombre tableau et en incriminant à l'occasion de ces déboires non pas tant l'acte chirurgical lui-même que l'agressivité des liquides sclérosants qui réveillent les foyers anciens de thrombose profonde, Servelle, à coup sûr, ébranle bien des conceptions et paralyse de nombreuses activités.

Est-il exact, comme il le dit, qu'à une « phase d'optimisme doive succéder une phase de pessimisme vraiment justifiée ? »

C'est dire que l'immense majorité des variqueux ne doit plus bénéficier du traitement sclérosant ni de la chirurgie et que, dans l'état actuel de la science, 85 % d'entre eux doivent être abandonnés à leur sort.

C'est dire aussi, comme corollaire, que les séries de malades non-phlébographiés et traités par l'un ou par l'ensemble de ces deux thérapeutiques, doivent être grevées d'accidents déplorables.

Eclairé par ces avertissements, nous avons pénétré dans les fichiers du maître et des confrères auprès desquels nous avons effectué nos premiers pas dans la vie médicale.

Ce sont les remarques qu'il nous a été permis de faire que nous voulons simplement consigner ici.

INCURSION BIBLIOGRAPHIQUE PRELIMINAIRE

Avant d'entreprendre nos investigations auprès du maître et des confrères qui nous ont accueilli, nous avons tenu à prendre connaissance des articles étrangers cités par SERVELLE à l'appui de sa conclusion si rigoureuse en ce qui concerne les limites restreintes à imposer au traitement chirurgical des varices.

Ces travaux, tous anglo-saxons, parus dans le « British Medical Journal » entre les mois de septembre et de novembre 1947, sont signés des plus grands noms de la chirurgie vasculaire d'Outre-Manche. C'est une importante communication du Professeur Boyd et du Docteur Robertson sur les « dangers possibles des injections sclérosantes dans le traitement des varices » qui ouvre le débat et provoque à sa suite la publication, dans la même revue, de réponses nombreuses qui expriment, sur cette question d'actualité, des opinions souvent contradictoires.

Devant la divergence de ces attitudes, nous nous bornons à dégager ici la pensée des auteurs qui s'étonnent de la gravité des accusations portées contre le traitement chimico-chirurgical des varices en ce qui concerne ses risques.

Reginald T. Payne, le premier, conteste les conclusions de Boyd et de Robertson en leur reprochant leur manque total de précisions sur les circonstances d'apparition des douze cas de thrombose profonde qu'ils publient et en constatant qu'ils ont pris pour de véritables phlébites de simples œdèmes post-opératoires. Payne, parmi les 2.000 variqueux de sa statistique personnelle traités par ligature isolée, par opération et injection associées ou seulement par sclérose médicale, n'a d'ailleurs relevé aucun incident de cet ordre. Tout au plus signale-t-il un œdème inconstant et transitoire apparaissant quelques semaines après le traitement

et seulement à la suite d'opérations importantes et de sclérose étendue. Ce chirurgien tient pour certaine l'issue d'une partie du liquide injecté dans les veines profondes, mais il considère la thrombose de ces veines comme une impossibilité, car la circulation y est très rapide et s'effectue dans des vaisseaux sains, donc réfractaires à toute irritation chimique.

A. Dickson Wright est également sceptique sur l'existence d'un danger phlébo-thrombose consécutif au passage de solutions sclérosantes dans la veine fémorale en raison du grand volume et du fort débit du sang circulant dans des conduits profonds intacts. Parmi ses nombreux malades traités suivant la méthode ambulatoire, il ne se souvient pas d'un seul incident de cette nature. Il a cependant observé quelques pensionnés militaires atteints de thromboses fémorales consécutives à des ligatures avec injections associées, mais il attribue cette complication à un séjour au lit exagérément prolongé de ces opérés (deux à trois semaines).

J.-W. Riddoch reste perplexe devant les douze thromboses citées par Boyd et Robertson. Personnellement, il reconnaît avoir eu un cas douteux d'embolie pulmonaire chez un de ses malades âgé de 70 ans après quelques injections de quinine dans le creux poplité, mais il n'a jamais constaté de phlébite profonde à la suite d'opération de ligature au niveau de l'aine avec injection associée. A son tour, il regrette que Boyd et Robertson ne

se soient pas étendus davantage sur la technique qu'ils utilisent, en particulier sur la quantité et la nature de la solution sclérosante, précisions qui permettraient, peut-être, d'expliquer leurs échecs.

Harold Dodd, enfin, ne croit pas qu'il faille s'alarmer du passage de liquide sclérosant dans les veines profondes en raison de la dilution rapide du produit dans le torrent circulatoire. Comme incidents observés dans le courant de sa pratique journalière, cet auteur ne signale qu'un léger œdème jambier pendant deux ou trois semaines avec, parfois, quelques douleurs qui disparaissent rapidement avec la prise de 50 mgr de Dicoumarol suivi d'un lever précoce. Jamais il n'a remarqué le moindre symptôme semblant rappeler, même partiellement, une phlébo-thrombose.

La prise de position de ces divers chirurgiens anglais, en face des dangers possibles de la thérapeutique variqueuse, démontre clairement que l'unanimité est loin d'être réalisée Outre-Manche. Une impression de pessimisme, à la suite de la vague d'optimisme de ces dernières années, ne semble pas ressortir de la lecture de ces articles.

Il suffirait d'ailleurs pour nous en convaincre, de prendre connaissance des statistiques les plus récentes parues à l'étranger : de celles, par exemple, de l'Américain Vaugh qui, sur 4.000 cas traités par crossectomie et injection rétrograde massive associée, mentionne seulement un décès de cause indéterminée, un infarctus pulmonaire et trois hé-

matomes locaux ; ou encore de parcourir les dernières publications de l'Espagnol Martorell qui, sur le très grand nombre de variqueux qu'il a traité par la méthode anglaise, ne signale que trois thromboses profondes et une embolie pulmonaire, complications qu'il attribue d'ailleurs à une longue immobilisation post-opératoire.

Il est du plus grand intérêt de souligner que les déboires opératoires signalés par les chirurgiens anglo-saxons et qualifiés par Servelle de « désastres », sont dûs à la confusion évidente que font ces auteurs entre la thrombose, conséquence directe du traitement des varices, et une quelconque manifestation phlébitique pouvant survenir à l'occasion de tout autre geste chirurgical. Dans ces statistiques si défavorables, la part légitimement imputable à l'acte « résection-injection » doit être sensiblement diminuée et strictement limitée aux seules phlébothromboses post-opératoires.

Il convient, en outre, d'insister sur le faible pourcentage d'accidents signalés par les Anglo-Saxons au cours du traitement chimico-chirurgical en comparaison des complications vasculaires qui surviennent normalement à la suite de toute opération.

Mais le but, à la fois plus modeste et plus précis, de cette thèse, est de rendre compte des seuls incidents opératoires survenus chez les spécialistes auprès desquels nous avons limité notre enquête.

ENQUETE
effectuée dans le service du Professeur DUCUING et auprès du Docteur ENJALBERT

Notre maître, le professeur Ducuing et son assistant, le docteur Enjalbert, qui, jusqu'alors, pratiquaient avec des résultats satisfaisants la Saphénectomie totale et la Crossectomie, s'intéressèrent à la méthode anglaise lorsqu'elle fut mise au point par Oldham, Dodd, Dickson Wright et Russel. Sans abandonner pour cela ces traitements plus anciens qui, dans des cas déterminés, leur donnent toujours de brillants succès : Crossectomie dans les formes d'insuffisance valvulaire ostiale de la Saphène interne avec simple ectasie veineuse, Saphénectomie totale en présence de grosses dilatations variqueuses très étendues, le professeur Ducuing et le docteur Enjalbert, séduits par l'élégance et l'efficacité de la nouvelle technique opératoire anglaise, l'utilisèrent largement dans leur service hospitalier à partir de 1946.

Ils reconnaissent à ce procédé mixte chimico-chirurgical l'avantage de sa bénignité qui se manifeste dans l'usage d'une simple anesthésie locale ne choquant pas le malade, dans la nécessité d'une

immobilisation post-opératoire très réduite et dans l'esthétique de cicatrices petites et peu visibles. Ils soulignent aussi la rapidité du processus sclérosant recherché et la souplesse d'application d'une méthode qui permet des combinaisons variées appropriées à de nombreux cas cliniques.

Le docteur ENJALBERT a, tout d'abord, appliqué strictement les directives opératoires des chirurgiens anglais avec deux incisions, la supérieure au niveau de l'aine et l'inférieure en avant de la malléole interne, ces deux incisions combinées permettant la ligature saphénienne à ses deux extrémités et une double injection sclérosante massive par Cathétérisme veineux, rétrograde en haut et ascendante en bas. Actuellement, il a abandonné la « méthode anglaise basse » en raison d'une cicatrisation longue et douloureuse dans cette région déclive du membre richement innervée. Il pratique simplement la « méthode anglaise haute » au cours de laquelle il injecte seulement 20 à 30 cc de sérum salé hypertonique à 30 % au moyen d'une sonde urétérale poussée avec douceur jusqu'au niveau du genou et retirée lentement pendant l'écoulement du liquide sclérosant.

Dans la statistique que nous a obligeamment communiquée le docteur ENJALBERT, nous ne retiendrons que les cas traités par la seule méthode anglaise complète ou exclusivement haute, d'ailleurs toujours entièrement ambulatoire.

Sur 112 opérations réalisées, il y a eu 8 cures délibérées de varices post-phlébitiques décidées après phlébographies montrant un système profond reperméabilisé (clichés 5, 6), avec six succès (observations VII, VIII, IX, X) et deux échecs chez des malades présentant des ulcères trophiques.

Parmi les 104 opérés restant, on a effectué 20 à 25 phlébographies qui, toutes, décelaient l'existence d'un système veineux profond normal, fait capital qui est en contradiction formelle avec les estimations de Servelle (80 à 85 % de thromboses profondes sur l'ensemble des variqueux). Dans un seul cas (observation VII), l'absence d'injection du système jambier profond sur un premier cliché avait fait conclure à une oblitération des veines du mollet, mais une deuxième radiographie postérieure suivant une nouvelle technique les rendit visibles et permit ainsi d'écarter le diagnostic de phlébite avec « varices de suppléance » et d'entreprendre une cure chirurgicale couronnée de succès (clichés 1, 2, 3, 4, 7).

Ayant constaté, au cours des examens phlébographiques pratiqués systématiquement au début chez tous les variqueux du service, l'intégrité quasi-constante de la circulation profonde chez l'ensemble de ces malades, le docteur Enjalbert est conduit à modifier son attitude. Aussi, actuellement, il ne se décide à faire des phlébographies que chez les sujets ayant présenté des phlébites relativement récentes ou à antécédents veineux douteux. Il se

contente le plus souvent d'effectuer un examen clinique complet qui permet de se rendre compte de l'état de l'hydraulique circulatoire et autorise à porter une indication opératoire avec des garanties suffisantes.

Chez les 112 opérés, on note deux complications seulement, dues au liquide sclérosant : une hématurie à la suite d'une injection de 100 cc chez un bilatéral (observation I) et une crise de type nitritoïde consécutive à une injection poussée trop rapidement (observation II).

En dehors de ces accidents bénins, on ne peut guère mentionner que quelques-uns des incidents dûs au processus sclérosant : 15 œdèmes du mollet qui disparaissent en cinq jours à la suite d'applications de compresses chaudes, et deux grosses réactions de phlébite clinique superficielle avec température élevée cédant en dix jours à la pénicilline (observation III).

Il n'y a jamais eu de phlébites profondes ou de réveil de thromboses latentes préexistantes.

Ces observations sont encore trop récentes pour nous autoriser à porter un jugement concernant la solidité du résultat thérapeutique obtenu, mais jusqu'ici, tous les opérés se déclarent enchantés de la transformation de leur état et aucune récidive ne semble se manifester pour l'instant.

Choix de quelques OBSERVATIONS qui nous ont paru présenter le plus d'intérêt

OBSERVATION I

M. R..., âgé de 40 ans, présentant des varices depuis vingt ans. L'examen du 14 mai 1946 montre des varices énormes, bilatérales, avec des veines saphènes internes volumineuses. Les épreuves de l'insuffisance valvulaire sont positives des deux côtés, mais surtout à droite. L'intervention (12 octobre 1946) sous rachi-anesthésie consiste en une crossectomie bilatérale avec résection de l'origine de la saphène interne et sclérose immédiate par la méthode anglaise (100 cc de sérum). A la suite de cette opération, le malade présente une miction sanglante sans lendemain.

L'amélioration fonctionnelle est considérable. Toutes les varices sont sclérosées en quarante-huit heures.

OBSERVATION II

M. P..., âgé de 23 ans.

Le 18 octobre 1946, l'examen du malade montre des varices au mollet droit, appartenant au système saphène interne avec grosse dilatation à direction postérieure qui disparaît dans un orifice aponévrotique dont on sent le collet.

Le 20 octobre 1946, on pratique sous anesthésie locale une crossectomie droite et une méthode anglaise basse du même côté.

Après l'injection de 20 cc de sérum hypertonique, le malade fait une crise du type nitritoïde (injection trop rapide).

La sclérose se fait en deux jours.

Le malade, revu récemment, présente toujours de fort bons résultats.

OBSERVATION III

Mme C..., âgée de 35 ans, a subi une ovarectomie en 1938 et une appendicectomie en 1940. Pas de phlébite. Présentant des varices depuis douze ans.

Hospitalisée le 6 février 1947, l'examen montre des varices importantes du système interne des deux côtés, mais surtout marquées à droite. Elle est atteinte de gros troubles fonctionnels et les épreuves de l'insuffisance valvulaire sont positives.

On pratique, le 12 février 1947, la cure des varices bilatérales par la méthode anglaise.

Une réaction de périphlébite importante, surtout à gauche, survient et dure huit jours. Puis, l'amélioration est rapide et la sclérose des varices est totale à la sortie de la malade de l'hôpital.

OBSERVATION IV

M. S..., âgé de 48 ans, manœuvre.

L'examen montre des varices du système saphène interne gauche avec ulcère et troubles trophiques.

La phlébographie ne montre pas d'oblitération du système veineux profond.

Le 1er avril 1947, on effectue, sous anesthésie locale, une sympathectomie périfémorale et une méthode anglaise haute.

La sclérose est immédiate. L'ulcère guérit en dix jours.

OBSERVATION V

M. C..., âgé de 42 ans, contremaître, atteint de varices depuis l'âge de 17 ans, ne présentant aucun antécédent phlébitique.

En 1941, apparaît un ulcère à la jambe gauche, traité, il y a un an, sans résultat par les injections sclérosantes.

Un traitement spécifique est également essayé sans le moindre succès.

Une phlébographie, faite le 25 avril 1947, montre un système veineux profond normal.

Première intervention le 26 avril 1947 sous rachi-anesthésie :

Méthode anglaise haute gauche.

Exérèse d'un gros paquet variqueux par une deuxième incision latérale interne au niveau du genou gauche.

Deuxième intervention le 23 mai 1947.

Méthode anglaise complète à droite.

OBSERVATION VI

Mme B..., âgée de 36 ans, atteinte de varices du côté gauche depuis l'âge de 24 ans, sans antécédents de phlébite, mais ayant présenté une typhoïde à l'âge de 20 ans.

Le 30 octobre 1946 se produit une rupture sous-cutanée d'une varice à la suite de laquelle est apparu une phénomène dysphénique et angoissant.

Elle est hospitalisée le 28 février 1947 et se plaint de douleurs au niveau du genou et du talon. L'examen révèle des varices de la veine saphène interne à la partie supérieure de la jambe et à la face interne du genou. Les épreuves classiques sont toutes positives.

L'oscillométrie est normale.

Une phlébographie de la veine saphène externe sous stase est faite. Elle montre un système veineux normal.

Une intervention par la méthode anglaise haute fait disparaître tous les troubles.

OBSERVATION VII

M. C..., âgé de 49 ans, armurier.

Il y a deux ans, en sautant un fossé, il ressent un violent coup de fouet au mollet droit qui est suivi d'une augmentation légère du membre inférieur avec apparition de varices.

A l'examen, on constate des varices développées à la

jambe dans le domaine du système saphène interne qui s'accompagnent d'une sensation de gêne, de lourdeur dans le mollet.

Le 28 mai 1947, une phlébographie sous stase (face et profil) du système saphène externe montre un système veineux très grêle ; la substance de contraste est dérivée vers la veine saphène interne et la veine poplitée par deux gros canaux collatéraux musculaires. Il n'y a pas d'injection du système jambier profond. A la cuisse, la veine fémorale est nettement visible. On pense à une oblitération des veines du mollet (cliché 12).

On pratique, deux jours après, un deuxième examen phlébographique sous stase dans la veine saphène interne. On peut voir l'injection de la veine saphène interne et des varices qui, par les perforantes, vont remplir le système veineux profond partiellement à la jambe et complètement au genou et à la cuisse (cliché 34). On conclue donc « varices de suppléance » consécutives à une oblitération ancienne des veines du mollet, malade à ne pas traiter.

Le malade, revu quelques mois plus tard, est phlébographié par une nouvelle technique qui montre un remplissage du système cruro-jambier profond parfait à la suite de l'injection sous stase du système saphène interne, ce qui permet de considérer le système veineux profond comme entièrement normal et autorise la cure chirurgicale des varices (cliché 7). Les résultats opératoires sont excellents.

OBSERVATION VIII

Mme R..., âgée de 56 ans, mère de huit enfants, variqueuse depuis sa cinquième grossesse, a présenté une phlébite droite en 1933 pour le dernier accouchement. Elle présente des varices des membres inférieurs, avec œdème de la jambe et ulcère douloureux de la face externe évoluant depuis quatre mois. Il n'existe pas de varices sus-pubiennes.

La phlébographie montre un système veineux profond perméable, avec légère altération de la fémorale.

Le 29 janvier 1948, intervention sur le membre inférieur droit sans incidents (méthode anglaise haute et basse) suivie de l'infiltration du sympathique lombaire.

L'ulcère cicatrise en cinq jours, les douleurs disparaissent complètement mais un œdème persiste, très diminué cependant.

La guérison se maintient depuis six mois.

OBSERVATION IX

Mme P..., opérée de grossesse ectopique en 1933, fait, à ce moment, une phlébite gauche qui laisse après elle un œdème de la jambe, des varices et des douleurs, une sclérose atrophique annulaire.

Depuis six mois, à la suite d'un traumatisme léger, s'est développé un ulcère de la face externe de la jambe, très douloureux, qui rend la station debout pénible à la fin de la journée.

Il existe quelques varices légères, sus-pubiennes, et des grandes lèvres.

Phlébographie le 7 février 1948 qui montre un système veineux profond perméable et une veine fémorale un peu altérée.

Le 14 février, on pratique une méthode anglaise haute et basse. Les douleurs cessent aussitôt. Cinq infiltrations lombaires aident à la régression de l'ulcère qui cicatrise en dix jours.

Malgré une occupation qui oblige la malade à une station debout constante, le résultat se maintient depuis lors.

La jambe droite reste un peu plus volumineuse que la jambe gauche et la sclérose annulaire atrophique n'a pas disparu mais reste indolore.

OBSERVATION X

Mme M..., 55 ans, a présenté une phlébite gauche après une fausse-couche en 1912. Peu de temps après, apparaissent des varices qui augmentent progressivement. A l'examen d'août 1947, on note un léger œdème de la jambe et d'énormes varices du type saphène interne au membre inférieur gauche, ainsi que des varices sus-pubiennes qui signent cliniquement l'oblitération de la veine iliaque externe.

Phlébographie en circuit libre par ponction veineuse trans-cutanée sous garrot. Le système veineux profond apparaît entièrement perméable (cliché 5).

Le 25 août : crossectomie gauche, au cours de laquelle une phlébographie du bassin révèle une iliaque externe perméable (cliché 6). Sclérose distale du système saphénien interne de la cuisse, puis incision basse et sclérose rétrograde du système veineux superficiel du mollet.

Suites normales sans incidents.

La malade est revue dix mois après avec un excellent résultat : au membre inférieur les varices sont sclérosées et les varices sus-pubiennes affaissées. Les troubes fonctionnels ont disparu, mais il persiste toujours, le soir, un léger œdème malléolaire.

Le professeur Virenque et le docteur Dore, auprès desquels nous avons complété notre enquête à Toulouse, pratiquent la méthode anglaise intégrale en injectant de 40 cc à 80 cc de sérum glucosé hypertonique.

En dehors d'incidents opératoires banaux, leurs statistiques personnelles ne révèlent qu'un œdème douloureux rebelle du genou de cause assez mystérieuse, une manifestation d'intolérance du type accident sérique et une suppuration localisée à l'incision supérieure due à une faute de technique (sonde bouchée), accidents tous heureusement terminés.

Ces auteurs n'ont jamais constaté de phlébothromboses post-opératoires et se déclarent satisfaits des résultats obtenus.

ENQUETE

effectuée auprès du Docteur Jean VACHERON

Ancien élève de Sicard, Jean Vacheron fait en quelque sorte son entrée dans la pratique médicale avec la phlébosclérose. Saisi d'enthousiasme dès l'abord par l'enseignement d'un maître prestigieux et par les résultats immédiats brillants que cette thérapeutique apporte auprès de malades traités jusqu'ici en parents pauvres, il est désagréablement impressionné au bout de quelques années par les imperfections de la méthode et par le nombre important de récidives.

Imbu des travaux de Delbet sur la chirurgie des varices, il note que la plupart de ces récidives sont dues à ce que la correction du reflux fémoro-saphénien n'est pas obtenu de façon parfaite par la phlébosclérose.

La cause de cette imperfection est due :

D'abord, à ce que le groupement dans la crosse saphénienne des collecteux veineux de la cuisse est peu ou pas accessible à l'aiguille. Qu'à fortiori les collecteurs superficiels qui se jettent anormalement et directement dans la veine fémorale le

sont encore moins. Qu'il est pourtant d'une importance capitale que toutes les voies possibles de la retombée sanguine soient solidement obturées.

En second lieu, à ce que les liquides sclérosants, qui ont une affinité particulière pour les varices âgées dont les parois sont en voie de désorganisation, mordent au contraire difficilement sur les varices jeunes encore musclées. Que, conséquemment, si la phlébosclérose est opérante à la partie déclive du membre où la dystrophie veineuse est la plus accentuée, elle est souvent incomplète sur les gros collecteurs cruraux qui luttent encore contre la distension, ont une musculeuse hypertrophiée et qui, le plus souvent, se recanalisent.

Ces remarques invitent Jean Vacheron à la conduite thérapeutique suivante :

1°) Usage exclusif de la phlébosclérose en ce qui concerne les varices jambières ;

2°) Mise en œuvre systématique de la chirurgie pour corriger le reflux fémoro-saphénien : résection de la crosse saphénienne à ras la fémorale, résection aussi loin que possible des affluents de cette crosse et de ceux qui, anormalement, se jettent directement dans la fémorale. (Crossectomie saphénienne élargie). Injection rétrograde de quelques centimètres cubes de solution de Morrhuate de soude.

Cette technique opératoire ne diffère de celle actuellement pratiquée par le docteur Enjalbert

que par la nature et la faible quantité du sclérosant utilisé et par l'absence de cathétérisme par sonde.

Dans l'état actuel de la science qui ne permet pas encore de localiser de façon précise les perforantes jambières et crurales, VACHERON a rejeté jusqu'ici du bénéfice chirurgical tous les malades porteurs de perforantes insuffisantes, qu'ils aient ou non un effondrement valvulaire fémoro-saphénien. Cette réserve, qui est susceptible d'être critiquée, a été dictée par la crainte de proposer une intervention chirurgicale qui, en l'absence d'une correction sûre des insuffisances sous-jacentes, ne pouvait donner qu'un résultat incertain.

C'est dire que les cas chirurgicaux présentés par l'auteur ont été triés de façon toute particulière :

1°) Tous les malades qui, à l'occasion de l'interrogatoire et de l'examen clinique, sont soupçonnés d'avoir eu une thrombose profonde, ont été écartés ;

2°) Seuls, ceux ayant eu une insuffisance valvulaire ostiale exclusive de la saphène interne, ont été retenus.

Ainsi s'explique que cette sélection, qui ne comprend dans son immense majorité que des malades jeunes, ait pu donner dans son cadre restreint un pourcentage élevé de succès.

Jean VACHERON, ayant remarqué que certains éléments veineux simplement distendus récupéraient leur tonicité et leur volume normaux à la suite de la suppression chirurgicale du reflux fé-

moro-saphénien, n'utilisait la sclérose qu'un mois après la Crossectomie.

Ce n'est qu'en 1944 qu'il s'est décidé à injecter, au cours de l'intervention, quelques centimètres cubes de liquide sclérosant.

Aussi, n'avons-nous retenu que ces dernières observations, qui s'élèvent à une centaine et qui, seules, intéressent notre travail.

Les résultats immédiats sont tous excellents.

Les résultats éloignés, dont certains datent de trois et quatre ans, se sont maintenus dans 85 % des cas.

L'observation I est celle d'un sportif de classe qui, depuis plus d'un an, a mis à l'épreuve son système veineux et chez qui rien n'a bougé. Constatations parallèles dans l'observation VI.

Dans 4 % des cas, on relève l'apparition de veinules qui se sont ectasiées à nouveau au voisinage de la cicatrice opératoire : collatérales probablement échappées à la résection. Il est à noter que ces défaillances ne se sont produites qu'à la suite d'anesthésie par infiltration qui masquent toujours partiellement la région à prospecter (observation X).

Il apparaît donc nettement que la recherche des collatérales doit s'effectuer avec le plus grand soin et que les anomalies d'abouchement dans la fémorale méritent de ne pas être négligées. (Crossectomie saphénienne élargie). (Observations II, III et IV).

Un cas, notamment, n'a pas été heureux en raison d'une grosse faute de technique commise, encore, à l'occasion d'une anesthésie par infiltration : confusion d'une saphène interne profonde juxta-ostiale avec la fémorale et qui n'a pas été liée. Intervention absolument négative qui n'a corrigé en rien le reflux fémoro-saphénien et qui a été suivie rapidement d'un nouvel état variqueux (observation IX).

Dans 10 % des cas, à échéance plus ou moins lointaine, de nouvelles varices se sont manifestées, mais toujours aux dépens de perforantes crurales ou jambières. Insuffisance que l'examen clinique n'avait peut-être pas décelée au moment de l'intervention ou qui sont le fait de l'évolution inéluctable de « la maladie variqueuse » dont le processus dystrophique a ultérieurement atteint l'appareil valvulaire ostial de ces perforantes (observation VIII).

Quels ont été les incidents opératoires et post-opératoires ? Pour ainsi dire nuls !

A part une hémorragie sans gravité qui s'est manifestée dans des conditions anatomo-pathologiques particulières (observation VII), en dehors de quelques désunions partielles de plaies opératoires (observations V et VI), et de quelques ascensions thermiques légères qui ont accompagné la veinite chimique attendue à la suite de l'injection sclérosante rétrograde, il n'y a jamais rien eu d'autre à signaler.

Aucun de ces malades n'a été phlébographié. L'hydraulique veineuse de leurs membres n'a été étudiée que par les seuls moyens cliniques, signes de Schwartz, de Trendelenburg, de Delbet, tourniquets multiples de Ochsner et Mahorner. Ils ont tous reçu à l'occasion de Crossectomies le plus souvent bilatérales, une injection rétrograde de trois centimètres cubes par membre de solution de Morrhuate de soude. Cependant, chez aucun il n'a été constaté de douleur, de fièvre, d'œdème, de complications pulmonaires qui aient pu faire soupçonner un réveil quelconque de thromboses profondes ignorées.

Quelques OBSERVATIONS
qui ont retenu notre attention

OBSERVATION I

M. V..., 23 ans, footballeur de classe, présenté par un confrère grand sportif.

Ce jeune homme voit avec angoisse ses moyens diminuer journellement : il éprouve sur le terrain, dans les jambes, des crampes et des douleurs qui l'handicapent.

A l'examen, varices bilatérales par insuffisance valvulaire ostiale des saphènes internes, jeu normal des perforantes cruro-jambières.

Le 9 août 1947, à la locale, crossectomie saphénienne bilatérale et injection rétrograde de 3 plus 3 cc de solution de Morrhuate de soude.

Le 15 août 1947, sortie de la clinique. Quelques retouches sclérosantes dans les jours qui suivent.

L'opéré, qui rapidement a repris sa place au stade, a retrouvé toute la puissance de son jeu d'antan.

Actuellement, c'est-à-dire plus d'un an après, ses jambes jouissent d'une intégrité fonctionnelle et anatomique parfaite.

OBSERVATION II

M. B..., agriculteur, 34 ans, veuf, un enfant.

Varices développées des membres inférieurs par insuffisance valvulaire ostiale des saphènes internes. Etat fonctionnel normal des perforantes sous-jacentes.

Le 25 septembre 1947, intervention bilatérale banale sous anesthésie générale.

A gauche : topographie classique des collecteurs veineux.

A droite : la honteuse externe supérieure s'abouche dans la saphène, tandis que la honteuse inférieure passant sous la crosse saphénienne se termine dans la veine fémorale.

Séances complémentaires de phlébo-sclérose.

Le malade est revu le 12 novembre 1948 : le résultat persiste dans son intégrité.

OBSERVATION III

M. L..., boulanger, 24 ans.

Grosses varices bilatérales des membres inférieurs avec insuffisance valvulaire des saphènes internes. Intégrité fonctionnelle des perforantes.

Le 28 octobre 1948, crossectomie saphénienne élargie bilatérale sous anesthésie générale et injection rétrograde de 3 plus 3 cc.

A gauche : toutes les collatérales se jettent dans la saphène interne.

A droite : la sous-cutanée abdominale se jette directement dans la veine fémorale juste au-dessus de la jonction saphéno-fémorale.

Suites banales.

OBSERVATION IV

M. C..., 19 ans, exploitant agricole colonial.

Dilatation de la saphène interne gauche par insuffisance valvulaire avec varices jambières apparues dès l'âge de 16 ans.

Le 22 octobre 1945, crossectomie saphénienne élargie sous anesthésie locale.

La sous-cutanée abdominale s'abouche directement dans la veine fémorale à 15 mm environ au-dessus du confluent fémoro-saphénien.

Injection rétrograde de 3 cc de solution de Morrhuate de soude.

Le malade sort de la clinique le septième jour.

En janvier 1947, la guérison se maintient de façon absolue.

OBSERVATION V

Mme L..., 45 ans, deux enfants, une fausse-couche, appendicectomie à 20 ans.

Varices apparues insensiblement aux deux jambes et accentuées depuis ses grossesses. Jambes lourdes et enflées le soir.

A l'examen, varices développées des membres inférieurs, surtout à droite, avec dilatation ampullaire de la crosse saphénienne. A gauche, la saphène est peu perceptible, mais nettement insuffisante. L'épreuve de DELBET montre que les varices jambières se vident rapidement à l'occasion de la marche.

Le 19 août 1944, crossectomie bilatérale banale et injection rétrograde de 3 plus 3 cc de solution de Morrhuate de soude.

Désunion de la plaie à droite par lymphorrée abondante non drainée. Suppuration.

L'opérée sort de la clinique le onzième jour.

Cinq séances ultérieures de phlébo-sclérose.

2 décembre 1948, l'opérée, qui est éloignée, donne annuellement des nouvelles de sa santé et exprime sa pleine satisfaction.

OBSERVATION VI

Mme G..., 35 ans, mariée, un enfant, pas de fausse-couche, bien réglée, néphrite post-scarlatineuse à 20 ans.

13 août 1947 : maigre, porteuse de varices énormes de la jambe gauche avec insuffisance valvulaire nette de la saphène interne et grosse dilatation ampullaire de la crosse formant hernie. Troubles cutanés et varices maléolaires érodant la peau.

Tension artérielle 13-7. Cœur régulier sans galop.

Traces d'albumine. Urée sanguine 0,79 gr.

Lactose. Chophytol. Régime.

Le 26 août 1947 : urée à 0,52 gr.

Le 8 septembre 1947, intervention sous anesthésie locale. Dissection de la grosse dilatation ostiale qui nécessite la découverte du paquet artério-veineux profond. Ligature à ras la fémorale. Les collecteurs s'abouchent de façon classique. Injection rétrograde de 1 cc de solution de Morrhuate de soude.

Le soir, petite hémorragie avec hématome. Température à 38°2.

Le 16 septembre 1947, désunion partielle de la suture. Suite banale. Sortie de la clinique le septième jour.

Les 27 septembre et 3 octobre, huit injections sclérosantes terminent heureusement la cure, car on constate, le 3 novembre 1947, que l'intéressée est enceinte de deux mois et qu'elle a été opérée dans les tous premiers jours de sa grossesse.

Revue un an après, en novembre 1948, l'état local de l'opérée est excellent en dépit de l'épreuve de sa grossesse.

OBSERVATION VII

Mme C..., sans profession, 50 ans, mariée, trois enfants, présente des varices depuis sa première grossesse. Elle porte à la cuisse gauche un gros paquet variqueux créé par l'insuffisance d'une perforante hunterienne. A hauteur de la pointe du triangle de Scarpa, un gros noyau de thrombophlébite a ulcéré la peau, s'est ouvert, produisant une plaie de la dimension d'une pièce de deux francs

qui a été soignée sans succès depuis trois mois. A quatre centimètres au-dessus se trouve une grosse ampoule veineuse recouverte d'une peau mince, violacée, prête à s'ouvrir. Tout autour rayonnent des varices dont la plupart incrustent la peau.

Le système valvulaire de la saphène interne semble normal.

Le 5 avril 1948, sous anesthésie générale, incision en losange de la zone pathologique qui est enlevée en bloc. Hémostase pénible en raison de l'incrustation dans la peau, même au loin, des varices avoisinantes.

Le lendemain, nouvelle hémorragie due à la même cause : veines ouvertes dans l'épaisseur de la peau. Quelques agraffes supplémentaires suffisent.

Le 18 octobre 1948 : résultat excellent.

OBSERVATION VIII

Mme M..., 30 ans, cultivatrice.

En dépit d'une cure sclérosante effectuée il y a trois ans, échelonnée sur toute la hauteur du tronc saphène interne, présente à nouveau d'importantes varices de la jambe droite.

Reflux fémoro-saphénien net avec intégrité des perforantes crurales et jambières.

Le 11 octobre 1945, crossectomie saphénienne élargie sous anesthésie locale et injection rétrograde de 3 cc de solution de Morrhuate de soude.

Suite banale : phlébo-sclérose complémentaire.

Le 12 novembre 1948, des varices d'importance relative sont amorcées par une insuffisance valvulaire de la perforante moyenne du canal de Hunter.

Cette manifestation pathologique nouvelle, due à l'évolution inévitable, dans l'état actuel de la science, de « la maladie variqueuse », dystrophie qui est susceptible d'atteindre d'autres valvules, ne diminue en rien la valeur de l'intervention d'il y a trois ans qui a fermé solidement une grande porte ouverte.

Consolidation nouvelle par phlébo-sclérose.

OBSERVATION IX

Mme C..., 32 ans, cultivatrice, mariée, deux enfants.

Varices de la jambe droite apparues depuis sa première grossesse avec hernie de la crosse et dilatation de la saphène.

Le 5 novembre 1947, infiltration anesthésique de la région inguino-crurale, dissection banale de la poche veineuse et des collatérales qui s'y jettent, ligature du tronc saphénien dilaté et injection rétrograde de 3 cc de solution de Morrhuate de soude.

La perplexité reste grande lorsqu'il s'agit de lier la poche veineuse à son embouchure dans la fémorale. Une grosse veine est là, cylindroïde, fortement musclée, en partie sous-aponévrotique : est-ce la fémorale ou bien une saphène interne profonde juxta-ostiale ? L'artère bat cependant à côté. La région est estompée par l'infiltrat anesthésique. On hésite, puis on s'abstient de sectionner le vaisseau.

Faute de technique : c'était pourtant bien une saphène profonde qui, sapée à nouveau par le reflux, qui n'avait été corrigé en rien, a réamorcé avec rapidité de nouvelles varices.

OBSERVATION X

M. B..., 26 ans, cultivateur.

Ectasie et insuffisance valvulaire nette de la saphène interne droite avec varices jambières et plusieurs traînées linéaires de dermo-épidermite. Intégrité fonctionnelle au Delbet des perforantes jambières.

Le 16 juin 1944, crossectomie saphénienne sous anesthésie locale. Les veines sous-cutanées abdominale et circonflexe se jettent dans un tronc unique externe. Une collatérale interne se bifurque en trois rameaux, en forme de patte d'oie, pour donner les honteuses externes superficielles.

Injection rétrograde de 3 cc de liquide sclérosant.

Le 2 avril 1947, à la face antéro-externe de la cuisse, quelques varices sont amorcées qui s'échappent de la partie inférieure de la cicatrice.

Comportement excellent par ailleurs.

Consolidation en une seule séance de phlébo-sclérose.

CONSIDERATIONS GENERALES

La rapide incursion que nous avons faite dans les dossiers des auteurs précités, nous permet de tirer les enseignements suivants :

Quelle que soit l'importance des varices et la thérapeutique qui leur est opposée, que celle-ci soit simplement sclérosante, mixte ou purement chirurgicale, il est avéré, à l'heure actuelle, que le traitement doit être dominé par la correction parfaite du reflux fémoro-saphénien et par celle des insuffisances des perforantes crurales et jambières. Il est juste de noter que ces notions, originellement françaises, ont été reprises et complétées par les auteurs anglo-saxons et américains.

La phlébographie, nouvelle venue dans la pratique et à la naissance de laquelle a présidé en particulier notre maître le professeur Ducuing, ouvre des horizons qui nous permettront désormais de sérier les cas et, peut-être aussi, de barrer plus sûement toutes les voies possibles de reflux qui, de la profondeur, viennent saper le réseau veineux superficiel. (Travaux d'Olivier, de Léger et de leurs élèves). (Travaux de Ducuing et d'Enjalbert).

La valeur des études faites en ce sens par Servelle doit être soulignée. Il nous met, avec juste raison, en garde contre l'existence de thromboses

profondes occultes et leur réveil possible. Il est certain qu'une partie de ces thromboses profondes peut échapper au seul examen clinique, la phlébographie étant encore le privilège de quelques-uns. Mais comment expliquer, alors, que les spécialistes avec qui nous avons pris contact, ne signalent aucun de ces incidents dramatiques que SERVELLE a puisé dans la littérature étrangère ?

Ou bien l'interprétation des clichés phlébographiques est erronée et il est excessif de prétendre que 85 % des variqueux sont atteints de thromboses profondes qui doivent les exclure d'un traitement actif.

Ou bien, alors, il faut admettre que chez les variqueux la récupération fonctionnelle des veines profondes anciennement thrombosées se fait avec souplesse par recanalisation, et que les varices dites « de suppléance » devenues inutiles, peuvent être impunément supprimées. (Etienne JULY).

Convenir aussi, qu'en pareil cas, les liquides sclérosants injectés en quantité modérée, selon les techniques jusqu'ici pratiquées en France, n'ont aucune agressivité particulière et que, s'il a été signalé des désastres à l'étranger, ils sont le fait exclusif d'injections massives en avalanche.

CONCLUSIONS

Pour clore cette brève enquête, il nous semble utile d'insister sur les points suivants :

1°) *Le traitement curatif des varices, qu'il soit chirurgical ou sclérosant, doit être précédé par un interrogatoire approfondi et par un examen clinique minutieux.*

2°) *Si en pratique cet examen suffit souvent, il est de rigueur, dans les cas douteux, de le compléter par une investigation phlébographique qui, seule, peut nous renseigner avec certitude sur l'état de l'hydraulique veineuse profonde.*

3°) *La correction solide du reflux fémoro-saphénien et celle de l'insuffisance des perforantes crurales et jambières, sont à la base d'un traitement efficace que, seul, il est digne d'entreprendre.*

4°) *Pour éviter le réveil possible de thromboses profondes, il sera prudent de ne pas user d'injections massives en avalanche et de mobiliser précocement l'opéré.*

5°) *La sagesse, enfin, exige de considérer que*

l'état variqueux est une véritable maladie dont nous ignorons encore l'étiologie exacte et que, si l'acte chirurgical enraye les troubles de l'hydraulique, il n'est pas maître absolu de la dystrophie veineuse qui peut poursuivre ultérieurement ses méfaits.

Le Président de Thèse : Vu : *Le Doyen :*

DUCUING LEFEBVRE

Vu et permis d'imprimer

Toulouse, le 2 avril 1949

Le Recteur,

Président du Conseil d'Université :

P. DOTTIN

PHLÉBOGRAPHIES PARTICULIÈREMENT INSTRUCTIVES

I. — ERREUR DE DIAGNOSTIC

Observation n° VII. — *Service du Professeur Ducuing*

Figures 1 et 2. — Phlébographie sous stase (face et profil) du système saphène externe. 28 mai 1947.

Le système veineux est très grêle: la substance de contraste est dérivée vers la saphène interne et la veine poplitée par deux gros canaux collatéraux musculaires. Il n'y a pas d'injection du système jambier profond. A la cuisse, la veine fémorale est nettement visible.

On pense à une oblitération des veines du mollet.

FIGURE 1

FIGURE 2

Figures 3 et 4. — Phlébographie sous stase (face et profil) du système saphène interne. 30 mai 1947.

Injection de la veine saphène interne et des varices qui, par les perforantes, vont remplir le système veineux profond, partiellement à la jambe et complètement au genou et à la cuisse.

On conclue: « Varices de suppléance », consécutives à une oblitération ancienne des veines du mollet.

FIGURE 3

FIGURE 4

Figure 5. — Phlébographie suivant une nouvelle technique (face). Six mois plus tard.

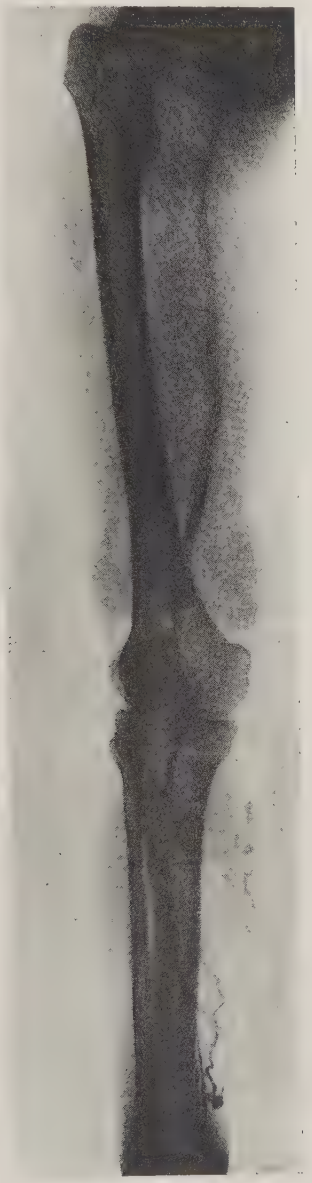

FIGURE 5

On constate que le système veineux profond est parfaitement normal.

Donc: *varices essentielles*, à traiter.

II. — REPERMEABILISATION DES TRONCS PROFONDS

Observation n° X. — *Service du Professeur Ducuing*

FIGURE 6

Figure 6. — Le liquide de contraste remplit à la fois les veines iliaques et les varices sus-pubiennes.

Figure 7. — Injection normale de tout le système veineux profond de la cuisse et de la jambe.

Donc, *varices symptomatiques* d'une oblitération veineuse profonde ancienne (phlébite post-abortum en 1912), devenues inutiles et nuisibles par suite de la reperméabilité des veines iliaques et fémoro-poplitées.

FIGURE 7

BIBLIOGRAPHIE

1 Adolph et Hopmann. — Thromboses et embolies. Relation avec les injections intraveineuses. (*Mediz. Klin.*, t. 24, 1928).

2 Aimes. — Les varices et leur traitement. (Maloine, 1928).

3 Alglave. — Le traitement des varices. (*Presse Médicale* : 12 juin 1909, 18 mars 1911, 29 avril 1911, 25 mai 1913, 12 juin 1935).

4 Alglave et Terrier. — *Revue de Chirurgie*, 10 janvier 1906.

5 Allaines (d') et Roseau. — Technique du traitement actuel des varices : ligature des troncs associée aux injections sclérosantes. (*Presse Médicale*, 29 juin 1927).

6 Arthur. — Chirurgie des veines variqueuses. (*The Lancet*, 28 octobre 1944).

7 Bardeleben. — L'espacement des valvules des veines. (*Jenaische Zeitsch*, 1880).

8 Bardeleben. — Anatomie des parois veineuses et des valvules. (*Sitzungberitchte der Jenagesellsch of Med.*, 1887).

9 Bauer (G.). — Venography studies of thrombo embolic disease. ((*Acta Medica Scandinava*, vol. 84, supp. 61, p. 81, 1940).

10 Bauer (G.). — Early diagnosis of venons thrombosis by means of venography and abortive treatment by Heparin. (*Acta Medica Scandinava*, vol. 107, p. 136, 1941).

11 Bazelis. — Traitement des varices par injections phlébo-sclérosantes. (Thèse, Paris, 1924).

12 Bernstein. — Des varices du membre inférieur. (*Acta Chirurgica Scandinava*, 28 juillet 1927).

13 Billiard, Dodel et Courtial. — Innervation vaso-motrice des membres. (*Presse Médicale*, 8 février 1928).

14 Binet et Verne. — Evolution histophysiologique de la veine après son oblitération expérimentale. (*Presse Médicale*, juin 1925).

15 Boshamer Kurt. — L'origine des thromboses post-opératoires. (*Klin. Woehenschr*, t. 6, 16 avril 1927).

16 Boyd and Robertson. — Treatment of varicose veins. (*British Medical Journal*, 20 septembre 1947, p. 452-454).

17 Cadenat. — Thrombo-phlébite dite par effort. (*Paris Médical*, 1920).

18 Canepa. — Thrombo-phlébites dites spontanées ou par effort. (Thèse, Bordeaux, 1928-1929).

19 Censier. — Réflexions sur la pathogénie des phlébites. (*Revue Médecine*, 1902).

20 Chalier (A.). — Lever précoce des opérés. Prévention des phlébites. (Soc. Chirurg. 11 février 1931, Soc. Méd. et Soc. Médic. de Lyon, 13 mai 1931).

21 Chauvin. — Thrombose et embolie post-opératoires. (Thèse, Montpellier, 1912-1913).

22 Chiasserini. — Causes et mécanisme de l'embolie post-opératoire. (Rapp. Congr. Chirurg. juillet 1929).

23 Coudray. — Traitement des varices par injections sclérosantes. (*Journ. Méd. Paris*, 25 octobre 1925).

24 Cutchen. — Varices du membre inférieur : méthode pour la recherche de l'insuffisance veineuse. (*American Journal of Surgery*, n° 1, juillet 1946).

25 Delater et Hugel. — Six propositions sur la pathogénie et le traitement des varices. (*Monde Médical*, décembre 1925).

26 Delater. — Anatomie et physiologie des varices. L'insuffisance veineuse, terrain variqueux. (*Journ. Méd. Paris*, 1er février, 11 octobre 1926).

27 Delater. — Des incidents de choc au cours de la fibrose curative des varices. (*Presse Médicale*, n° 83, 15 octobre 1927).

28 Delater. — Quelle est la valeur des arguments que l'on oppose au traitement des varices par les injections sclérosantes. (*Lien Médical*, n° 7, juillet 1929).

29 Delater. — Varices : injections sclérosantes et phlébites provoquées. (*U.M.F.I.A.*, 7 août 1930).

30 Delater et Hugel. — Le mécanisme pathogénique des phlébites. (*Presse Médicale*, 29 mars 1930).

31 Delater. — Les malades des veines et leur traitement. (Masson, 1932).

32 Delbet (P.). — Pathogénie des varices du membre inférieur. (Congrès International Médecine Paris, 1900).

33 Delbet (P.). — Pathologie des veines. (*Journ. Médic. Franç.*, septembre 1921).

34 Delbet et Mocquot. — Varices du membre inférieur. (*Ann. Clin. Chirurg.*, Prof. Delbet, Alcan, 1913).

35 Descomps. — Les méthodes opératoires dans le traitement des varices des membres inférieurs. (*Monde Médical*, 15 octobre 1926).

36 Détering. — Sur la fréquence des thromboses et embolies post-opératoires. (*Brun's Beiträge z. Klin. Chir.*, 1928, n° 3).

37 Dodd Harold. — Opération radicale des veines variqueuses. (*British Medical Journal*, n° 26, 23 décembre 1944).

38 Dodd Harold. — Treatment of varicose veins. (*British Medical Journal*, 1er novembre 1947, p. 708).

39 Dos Santos (Joao Cid). — La phlébographie directe. Conception. Technique. Premiers résultats. (*Journal International de Chirurgie*, n° 6, novembre-décembre 1938, p. 1 à 39).

40 Dos Santos (Joao Cid). — Quelques principes méconnus ou oubliés en anatomo-physiologie veineuse. (Journées de Cardiologie, Paris, mai 1947).

41 Dos Santos (Reynaldo). — Artériographie et Phlébographie. (Congrès international de Chirurgie, Londres, septembre 1947).

42 Dougherty et Homans. — La phlébographie dans les phlébites. Ligature de la veine thrombosée. (*Surgery, Gynecology and Obstetric*, XXI, 1940, p. 647).

43 Dougherty et Homans. — Venography ; A clinical stydy. (*Surgery, Gynecology and Obstetric*, vol. 71, p. 697, 1940).

44 Ducuing (J.) et de Bertrand-Pibrac. — Recherches expérimentales en vue du diagnostic par le lipiodol de la perméabilité veineuse dans les séquelles phlébitiques du membre inférieur. (Société de Chirurgie, Toulouse, XI, 1926).

45 Ducuing (J.). — Phlébites, Thromboses et Embolies post-opératoires. (Masson, Paris, 1929).

46 Ducuing (J.) et Enjalbert (A.). — La phlébographie dans les phlébites. (Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Toulouse, séance du 21 mai 1947).

47 Ducuing (J.) et Enjalbert (A.). — La phlébographie du membre inférieur. (Société de Chirurgie de Toulouse, séance du 29 novembre 1947).

48 Ducuing (J.) et Enjalbert (A.). — Notions générales sur la phlébographie. (Société de Médecine, Chirurgie et Pharmacie de Toulouse, séance du 16 décembre 1947).

49 Ducuing (J.) et Enjalbert (A.). — La phlébographie. Technique. Applications. Iconographie. (*Toulouse Médical*, n° 2, février 1948, p. 91 à 112).

50 Enjalbert (A.). — Traitement actuel des varices des membres inférieurs. (*Toulouse Médical*, décembre 1946).

51 Enjalbert (A.). — La phlébographie. (*Toulouse Médical*, n° 6, janvier 1947, p. 353-369).

52 Enjalbert (A.). — Relation d'un voyage d'étude au Portugal. (*Toulouse Médical*, n° 10, octobre 1947, p. 3 à 11).

53 Enjalbert (A.). — Varices post-phlébitiques. Cure médicale permise par la phlébographie (à propos de quatre observations). (*Toulouse Médical*, n° 11, novembre 1948, p. 808 à 812).

54 Filderman. — Traitement des varices. (Soc. Méd. Praticiens, 16 mai 1924).

55 Filderman. — Les contre-indications des traitements phlébo-oblitérants. (Soc. Méd. Paris, 11 avril 1930).

56 Fontaine (R.) et Péreira (S.). — Oblitérations veineuses expérimentales. Contribution à l'étude de la circulation collatérale veineuse. (*Revue de Chirurgie*, n° 3, 1937, p. 161-180).

57 Fontaine (R.) et Redon. — Identification et traitement des embolies pulmonaires post-opératoires. (Congrès Français de Chirurgie, Paris, 1946).

58 Forgue. — Prévoir, prévenir, traiter l'embolie post-opératoire. (*Journ. Médic. Français,* novembre 1925).

59 Forgue. — Causes et mécanisme de l'embolie post-opératoire. (Congrès de Chirurgie, juillet 1929).

60 Friehmann-Dahl. — La veinographie des membres inférieurs. (*Acta Radiologica,* vol. 28, fasc. 2, 30 avril 1947, p. 199-207).

61 Gargano. — Importance des gaines valculaires dans l'établissement du processus variqueux. (*Ann. Italiani di Chirurg.,* 12 décembre 1927).

62 Gaugier. — Le traitement sclérosant peut-il provoquer des varices. (*Presse Médicale,* juin 1926).

63 Gaugier. — Quelques remarques cliniques au sujet de l'étiologie des varices. (*Presse Médicale,* 17, novembre 1926).

64 Gaugier. — La notion de fragilité veineuse. (*Presse Médicale,* 25 mai 1929).

65 Gaugier. — Rôle de l'hypophyse dans l'étiologie des varices, en particulier dans la grossesse. (*Presse Médicale,* 11 février 1931).

66 Gély (L.) et Maigre. — Traitement des varices par ligature des troncs associée aux injections sclérosantes. (*Concours Médical,* 2 novembre 1924).

67 Genestal (Guy). — Contribution à l'étude de la phlébographie. (Thèse, Toulouse 1948).

68 Gerson. — Indications et contre-indications de la méthode sclérosante dans le traitement des varices. (*Progrès Médical,* n° 5, mai 1945).

69 Gerson. — Quelques conseils pratiques sur le traitement des varices. (*Presse Médicale,* n° 19, 27 avril 1946).

70 Gerson. — Varices : injections sclérosantes. (*Journal des Praticiens*, 20 juin 1946).

71 Gerson. — Les varices et leurs associations pathologiques. (Paris 1948).

72 Girma (Odette). — Traitement actuel des varices des membres inférieurs. (Thèse, Toulouse 1947).

73 Govaertz. — Causes et mécanisme de l'embolie post-opératoire. (Rapp. Congr. Chirurg., juillet 1929).

74 Hanschell and Dickson Wright. — Treatment of varicose veins. (*British Medical Journal*, 18 octobre 1947, p. 630-631).

75 Harkins. — Traitement chirurgical des varices. (*Surgery*, mars 1942.)

76 Hartmann. — La thrombo-phlébite par effort. (*Gaz. des Hôp.*, 25 mars 1931).

77 Hegler. — Thrombose et embolie pulmonaire. Statistique. (*Karlsbad ärtzl. Vortr.*, t. 10, 1929).

78 Hesse et Schaack. — Les valvules des veines du membre inférieur. Opération des varices par anastomose saphéno-fémorale. (*Arch. f. Pathol. Anat.*, 1911).

79 Hindmarsch (D.). — Treatment of varicose veins. (*British Medical Journal*, 11 octobre 1947, p. 588).

80 Hirschman (S.R.). — Traitement sclérosant et chirurgical des varices. (*Arch. Surgery*, 1946, n° 5).

81 Houzé de l'Aulnoit. — Recherches anatomiques et physiologiques sur les valvules des veines. (Thèse, Paris 1854).

82 Hugel et Delater. — L'insuffisance veineuse progressive. (*Presse Médicale*, 3 juin 1925).

83 Hugel. — Thérapeutique des maladies des veines dans ses rapports avec la notion d'insuffisance veineuse progressive. (*Soc. Méd. Prat.*, 3 juillet 1926).

84 Humbert. — Traitement des varices par injections sclérosantes. (*Concours Médical*, novembre 1924).

85 Humbert. — Les réactions inflammatoires après injections sclérosantes variqueuses. (*L'Hôpital*, février 1927).

86 Humbert. — Cure esthétique des varices. (*Rev. Méd. Univers.*, mars 1927).

87 Humbert. — Traitement moderne des varices (inject. et bandes gommées). (*Le François*, 1930).

88 Jaschke (Von). — Thromboses et embolies post-opératoires et post-partum. (*Arch. f. Gynäkol.*, t. 129, janvier 1927).

89 Jeannel (M.). — Des résultats immédiats et éloignés des opérations sanglantes dans le traitement des varices des membres inférieurs. (*Arch. Méd. de Toulouse*, 1911, XVIII, 1, 57, 73, 106, 133 ; *Ann. de Chir. et Orthop.*, Paris 1910, XXIII, 358-371).

90 Jentzer. — Injections phlébo-sclérosantes par la méthode de Sicard. (Congrès de Chirurgie, 1925).

91 July (E.). — A propos d'une critique de la méthode sclérosante. (*Bulletin Médical*, n° 18, 21 juin 1947)

92 July (E.). — De l'inutilité des varices de suppléance chez les post-phlébitiques. (*Bulletin Médical*, n° 35, 12 décembre 1948).

93 Léger (L.). — Données nouvelles sur les phlébites révélées par la phlébographie. (Société Française de Phlébologie, 27 novembre 1948).

94 Léger (L.) et Frileux (C.). — La Phlébographie. Technique. Indications. Résultats. (*La Gazette Médicale de France*, février 1949, n° 2, p. 125-128).

95 Leriche (R.). — Sur l'importance de la périphlébite dans la genèse des accidents tardifs des oblitérations veineuses. (Bull. et Mém. Soc. Chirurgie, séance du 6 avril 1927).

96 Leriche (R.) et Servelle (M.). — La phlébographie dans les phlébites. (Mémoires de l'Académie de Chirurgie, n° 17-19, 2 juin 1943, p. 303-315).

97 Leriche (R.). — Le traitement immédiat de la phlébo-thrombose. (*Gazette des Hôpitaux*, n° 18, 3 mai 1947, p. 265-270).

98 Leriche (R.). — Progrès dans la chirurgie vasculaire. (Congrès International de Chirurgie de Londres, septembre 1947, *Lyon Chirurgical*, n° 1 et 2).

99 Lévi (L.). — Familles thyroïdiennes et dysendocriniennes. (Soc. Méd. Paris, 1912).

100 Lévi (L.). — Discussion sur la maladie variqueuse. (Soc. Méd. Paris, 25 février 1922).

101 Lian et Alhomme. — Les varices congénitales. (Soc. Française de Cardiologie, 27 mai 1945).

102 Lijall. — Treatment of varicose veins. (*Annals of Surgery and Obstetric*, n° 3, mars 1946).

103 Lowenstein. — Sur les valvules veineuses et la formation des varices. (*Mitteilungen aus. d. Greuzgebieten d. Med. u. d. Chir.*, vol. XVIII).

104 Luke (Josephus) et Gavin Miller. — Désastres à la suite de l'opération de ligature et d'injection rétrograde dans les varices. (*Annals of Surgery*, mars 1948).

105 Mac Pheeters. — Ligature saphéno-fémorale avec injection rétrograde immédiate. (*Surgery, Gynecology and Obstetric*, n° 4, octobre 1945).

106 Mahler. — Thromboses-embolies. (*Arch. Am. der Kgl. Frauenkl. in Dresden*, 1895).

107 Martorell (F.). — El tratamiento de las varices. (Collection espagnole de monographies, Barcelone, 1941).

108 Martorell (F.). — Thrombophlébitis de los miembros inférieres. (Salvat, Barcelone, 1943).

109 Martorell (F.). — Les mécanismes de rétablissement de la circulation veineuse dans les oblitérations iliaques post-phlébitiques. (*Presse Médicale*, n° 26, 10 juillet 1943, p. 379-380).

110 Martorell (F.). — Varices. Su tratamiento basado en la phlebographia. (1 vol., Editorial Labor. S.A., 1946).

111 Martorell (F.). — Accidentes vasculares de los miembros. (2me édition, 1 vol. Salvat, Barcelone, 1946).

112 Ménégaux, Pergola et Queinnec. — Le traitement des varices par résection de la saphène interne et injection d'une substance sclérosante. (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 14 mai 1947, p. 357-364).

113 Mériel (P.). — Cardiologie du médecin praticien. (Masson, 1948, p. 442-446).

114 Meyerson. — La pression veineuse des variqueux. (*Surgery*, octobre 1943).

115 Ogden et Sherman. — Considérations physiologiques sur les soins à donner aux malades porteurs de varices. (*Arch. of. Surgery*, n° 4, avril 1946).

116 Olivier (Cl.). — Phlébographie et phlébectomie dans les phlébites post-opératoires récentes et profondes du membre inférieur. (*Presse Médicale*, n° 11, 17 mars 1945, p. 132-133).

117 Olivier (Cl.). — Le rétablissement de la circulation après phlébite du membre inférieur. (*Presse Médicale*, n° 32, 11 août 1945, p. 433-434).

118 Olivier (Cl.). — Phlébographie et traitement des varices symptomatiques d'une phlébite ancienne et profonde. (*Presse Médicale*, n° 57, 29 septembre 1948, p. 678-679).

119 Pathey, Tatham et Nicholas. — The use of Pays in the investigation of varicose veins. (*The Lancet*, 1933, t. 2, p. 1.309).

120 Pauchet. — Traitement rationnel des varices des membres inférieurs. (*La Pratique Chirurgicale Illustrée*, fasc. XI, p. 13).

121 Payne (Reginald), Rowen-Foote, Oldham (J.B.). Park (D.). — Treatment of varicose veins. (*British Medical Journal*, 4 octobre 1947, p. 546-547).

122 Payr. — Réflexions sur les thromboses et les embolies. (*Zentralbl. f. Chir.*, t. 57, 19 avril 1930).

123 Pearce. — Veines variqueuses. (*Surgery*, décembre 1944).

124 Pruche. — La pression veineuse. (*Presse Médicale*, 3 septembre 1924).

125 Quénu. — Lésions des artères et des nerfs dans les varices. (*Revue Chirurg.*, 1882).

126 Quiserne. — La maladie variqueuse. (Soc. Médecine Paris, 25 février 1922).

127 Quiserne. — Le traitement médical des varices. (*Journ. Méd. et Chir. Prat.*, 1922 et 1923).

128 Rémy. — Traité des varices des membres inférieurs. (1901).

129 Riddoch (J.-W.). — Treatment of varicose veins. (*British Medical Journal*, 25 octobre 1947, p. 671).

130 Ritter. — Causes et mécanisme de l'embolie post-opératoire. (Rapp. Congrès Chirurg., juillet 1929).

131 Roseau. — Le traitement actuel des varices. (Thèse, Paris 1927).

132 Rowen-Foote. — Quelques problèmes quotidiens soulevés par le traitement des varices. (*The practionner*, n° 935, avril 1946).

133 Sabrazès. — Ana. pathol. et pathogénie des varices. (*Presse Thermale et Climatique*, 1er juin 1927).

134 Sarma. — Récidives et échecs des traitements modernes des varices. (*Surgery*, décembre 1941).

135 Scheidegger. — Embolies pulmonaires observées après 20.779 opérations. (*Schw. mediz. Wochensch.*, 28 janvier 1928).

136 Schumacher. — Etiologie des thromboses et embolies post-opératoires et port-partum. (*Arch. of Gynäkol*, t. 129, janvier 1927).

137 Schwartz. — Les phlébites. (*Paris Médical*, 10 mai 1924).

138 Servelle (M.). — Atlas de veinographie. (Maloine, Paris 1944).

139 Servelle (M.). — Oblitérations veineuses. Voies de suppléance. (*Archives des maladies du Cœur et des Vaisseaux*, n° 1-2, 1946).

140 Servelle (M.). — La radiologie vosculaire. (*Séméiologie et Thérapeutique*, 15 juin 1948, t. 1, n° 3, p. 167-169).

141 Servelle (M.). — Danger du traitement chirurgical des varices. (*Séméiologie et Thérapeutique*, 15 juin 1948, t. 1, n° 3, p. 153-154).

142 Shermann (R. Stanton). — Varicose veins. (*Annals of Surgery*, juillet-décembre 1944).

143 Sicard et Gaugier. — Traitement des varices par la méthode sclérosante. (*Presse Médicale*, 2 juin 1926).

144 Sicard et Gaugier. — Traitements des varices. (Masson, 1927).

145 Sigg. — Ulcères de jambe, varices et thrombophlébites variqueuses. (*Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, n° 49, 8 décembre 1945).

146 Stalker. — Varicose veins. (*The American Journal of Surgery*, avril 1946).

147 Stan-Howaard and Fine. — The veinographie diagnostic of thrombophlébitis of the lower extremities. (*The Journal Am. Méd. Assoc.*, vol. 118, p. 1.192, 1942).

148 Syller. — Thrombose post-opératoire. (*Brün's Beiträge z. Klin. Chir.*, t. 145, 1928).

149 Tempsky. — Les embolies pulmonaires après les interventions chirurgicales. (*Brün's Beiträge Z. Klin. Chir.*, 1928, n° 2).

150 Téphany. — Thérapeutique phlébo-sclérosante. (*Marseille Médical*, 1931).

151 Tournay (R.). — Les varices. Pratique des injections sclérosantes. (Maloine, 1927).

152 Tournay (R.). — Des incidents d'ordre général au cours du traitement des varices par les injections sclérosantes. (*Journal des Praticiens*, 11 août 1928).

153 Tournay (R.). — De l'emploi du morrhuate de soude dans le traitement sclérosant des varices. (*Presse Médicale*, n° 10, 4 février 1933).

154 Tournay (R.). — Traitement des varices : chirurgie ou injections sclérosantes. (Société Médicale des Praticiens).

155 Tournay (R.). — Varices. Etiologie. Traitement. Complications. (*La Médecine Générale Française*, n° 5, mai 1939).

156 Tournay (R.). — La méthode combinée résection-sclérose. Réponse au docteur Rowen-Foote de Londres. (Société Française de Phlébologie, décembre 1948).

157 Trendelenbourg. — Ligature de la saphène dans les varices de la jambe. (*Beiträge Z. Klin. Chir.*, t. VII, 1885).

158 Vacheron (J.). — Le traitement sclérosant des varices. (*Presse Médicale*, 15 décembre 1928).

159 Vacheron (J.). — Varices. (*La Médecine Générale Française*, n° 4, avril 1939).

160 Vacheron (J.). — Le traitement des varices. (*Le Monde Médical* en langue espagnole, novembre 1941).

161 Vacheron (J.). — Le traitement curatif des varices constituées. (*L'Avenir Médical*, décembre 1942).

162 Vacheron (J.). — La crossectomie saphénienne élargie. (*Concours Médical*, 4 octobre 1947).

163 Valette (A.). — Injections phlébosclérosantes dans les varices des anciens phlébitiques. (Thèse, Paris 1930).

164 Vaquez. — Les phlébites. (*Sciences Méd. Pratiques*, juillet 1927).

165 Villaret et Besançon (Justin). — Physiologie pathologique des affections vasculaires périphériques. (*Presse Médicale*, 30 mai 1928).

166 Villaret, Besançon (J.), Saint-Girons. — La pression veineuse périphérique. (Masson, 1931).

167 Warwick (T.). — Valvular defect in relation to varicosis. (*The Lancet*, t. 219, p. 1.278, 1930).

168 Werquin. — Le traitement chirurgcial des varices. (*Presse Médicale*, 22 juin 1946).

169 Ziliacus (H.). — On the specific treatment of the thrombosis and pulmonary embolism with anticoagulants, with particular references to the for thrombolic sequela. (*Acta Medica Scandinava*, supp. 171, 1946).

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 9

Schéma rétrospectif sur la pathogénie 10

Schéma rétrospectif sur la thérapeutique 11

Aperçu critique 12

Déductions pratiques 13

Acquisitions nouvelles 14

Bilan actuel 16

Phlébographie 17

Expectative 18

Incursion bibliographique préliminaire 19

Enquête effectuée dans le service du Professeur Ducuing et auprès du Docteur Enjalbert 24

Choix de quelques observations qui nous ont paru présenter le plus d'intérêt 28

Enquête effectuée auprès du Docteur Jean Vacheron 34

Quelques observations qui ont retenu notre attention 39

Considérations générales 45

Conclusions 47

Phlébographies particulièrement instructives 49

Bibliographie 53